ITEM 277 : LITHIASE BILIAIRE

= Calcul dans l'arbre biliaire formé à partir de la bile, dans la vésicule / voie biliaire principale (VBP)
Très fréquent = 20%, augmente avec l'âge (60% > 80 ans) : 80% asymptomatique, 20% symptomatique (5% compliquée)
➞ **Pas de dépistage indiqué. Aucun traitement nécessaire** en cas de lithiase vésiculaire asymptomatique !

FdR

Calcul cholestérolique (80%)	**Calcul pigmentaire** (20%)
Augmentation de la C° biliaire en cholestérol ➞ précipitation lithiasique - **Age** > 60 ans, sexe **féminin** - **Grossesse**, multiparité - **Surpoids**/obésité ou variations importantes de poids - **Jeûne prolongé**, **nutrition parentérale** - **Antécédents** familiaux ou certaines ethnies - **Hypertriglycéridémie** - Médicament : **fibrates**, **œstrogène**, **analogues de la somatostatine** - ATCD de **gastrectomie**, **bypass**, **résection iléale** ➞ *L'hypercholestérolémie sanguine n'est pas un facteur de risque*	= Bilirubine non-conjuguée ➞ insoluble - ↗ Bilirubine : **hémolyse chronique** (drépanocytose, thalassémie), **médicaments** - **Infection des voies biliaires** (chroniques+) - **Obstacle biliaire chronique** : **sténose de la VBP,** infection parasitaire, cirrhose… - Origine géographique : **Asie** NB : Il existe aussi des calculs mixtes

Lithiase symptomatique

Colique hépatique

C	= Douleur par mise en tension brutale des voies biliaires : blocage transitoire du calcul (canal cystique / VBP) - SF = douleur **:** brutale, intense, permanente, à type de broiement/crampe, épigastrique (60%) ou hypochondre droit, inhibant l'inspiration forcée, irradiant vers l'épaule droite ou la fosse lombaire droite (hémi-ceinture), ± vomissements /!\ Pas de fièvre ni d'ictère /!\ - Durée : **< 6 heures** - **SC** = **Signe de Murphy** : douleur inhibant la respiration à la palpation de l'aire vésiculaire
Bio	- **Bilan hépatique et inflammatoire normaux** +++ si colique hépatique simple - Si migration lithiasique : ↗ **ASAT/ALAT** ± importante et fugace ➞ baisse franche en 48h
Echo	= Référence : plus sensible (95%) que le scanner (lithiase parfois isodense) ou l'IRM - **Calcul vésiculaire** (bonne sensibilité même si petite taille = 1 à 2 mm) - Recherche de **dilatation de la VBP** et/ou de **complications** (cholécystite, PA) ➞ ***En 2°intention*** *: scanner abdominal / bili-IRM à discuter*
DD	- Syndrome coronarien aigu - Ulcère gastro-duodénal - Pancréatite aigue
PEC	- **Mise à jeun**, **antispasmodique** (phloroglucinol, trimébutine), **antalgiques** ± AINS - **Cholécystectomie** réalisée < 1 mois pour éviter la récidive/complication, en **ambulatoire**

Lithiase compliquée

Cholécystite aiguë

= Infection aiguë de la vésicule biliaire due à une obstruction prolongée du canal cystique

C	- **Fièvre** avec frissons + **douleurs** type « colique hépatique » **> 6 heures** /!\ Pas d'ictère /!\ - Signe de Murphy + défense de l'hypochondre droit (contracture si grave)
Bio	- **Hyperleucocytose à PNN,** ↗ **CRP/PCT** : **Hémocultures** systématiques - **Bilan hépatique normal** (complications si ↗ ASAT/ALAT, GGT, PAL, bilirubine, lipase)
Echo	- **Epaississement paroi vésiculaire ≥ 4 mm** (aspect en triple feuillet), calcul vésiculaire, distension vésiculaire, ***sludge*** (bile épaisse contenant des débris (pus), déclive) - Complications : **abcès paroi vésiculaire, épanchement péri-vésiculaire, dilatation VBP** ➞ ***En 2°intention*** *: discuter le scanner abdominal*
Compli-cations	- **Péritonite biliaire** (perforation vésiculaire) - **Abcès** péri-vésiculaire / hépatique - **Syndrome de Mirizzi** : compression de la VBP par un calcul cystique volumineux - **Fistulisation biliaire** dans le duodénum ou le colon ➞ **iléus biliaire** si volumineux
PEC	- **Antalgie adapté** + **mise à jeun, remplissage vasculaire** si nécessaire - **Antibiothérapie à large spectre** IV pendant 7j : **Augmentin®** ou C3G + Imidazolé, ± Aminoside si forme grave, secondairement adapté, relai PO > 48h d'apyrexie - **Cholécystectomie** en urgence < 72 h par voie coelioscopique - Cholangiographie peropératoire si doute sur une lithiase de la VBP - **Si calcul de la VBP associé** : traité au même temps opératoire (drain cholédocien) ou sphinctérotomie endoscopique biliaire secondairement

	Angiocholite aiguë	= **Infection** aiguë de la VBP, généralement par **lithiase dans la VBP ou dans l'ampoule de Vater**	
		C	- **Triade de Charcot** = apparition sur 48h : **douleur biliaire** + **fièvre** + **ictère** - **Syndrome infectieux** souvent au 1er plan : **bactériémie, sepsis, choc septique**
		Bio	- **Cholestase**, ↗ **bili totale et conjuguée**, ↗ **transaminase** à la phase aiguë - Syndrome inflammatoire++ : **hyperleucocytose à PNN,** ↗ **CRP/PCT** - **Hémocultures systématiques :** souvent positives à germe digestif - Complications : **IRA** fonctionnelle puis organique, **thrombopénie septique**, **pancréatite**
		Echo **1°intention**	- Lithiase vésiculaire : évocateur - Dilatation des voies biliaires extra-hépatique et intra-hépatique (**cholédoque > 8 mm**) - Calcul de la voie biliaire principale : visualisé dans 30 à 50% des cas
		PC	- **Scanner abdominal injecté** (2°intention) : signes indirects = dilatation de la voie biliaire - **Bili-IRM** ou **EE** (3°int) : mise en évidence de la lithiase de la VBP (sensibilité > 90%)
		Complica-tions	- **Choc septique**, défaillance multiviscérale - **Abcès** - **Angiocholite ictéro-urémigène** : association à une IRA, parfois grave
		Autres causes	- **Sténose de la VBP** (**tumeur du pancréas** ou **de la VBP)** - **Parasite** (**ascaris**, **douve**) - Compression extrinsèque (**ADP**, **pseudokyste** de **pancréatite chronique**…) - **CPRE**
		PEC	- **Hospitalisation en USI ou USC** selon l'état de malade, **antalgie** - **Si sepsis sévère/choc septique** : remplissage, amines vasopressives - **Antibiothérapie large spectre IV** par **Augmentin®** ou C3G + Imidazolé, ± Aminoside - **Cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique (CPRE) en urgence absolue** : sous AG, décompression biliaire par **sphinctérotomie** endoscopique biliaire et extraction du calcul (duodénoscopie à vision latérale) → **Complication** (5-10%) : **pancréatite aiguë** (1%), **hémorragie** (1%), **perforation** (1%), **infection** - Si non disponible/malade instable : **drainage transcutané des voies biliaires** sous échoguidage - **Cholécystectomie** à distance, selon le terrain du patient et la présence de cholécystite
	Pancréatite aiguë biliaire		= Inflammation aigue du pancréas par migration d'un calcul dans l'ampoule de Vater Associée ou non à une **angiocholite** et/ou une **cholécystite** - Si **PA non grave** : cholécystectomie au cours de la même hospitalisation - Si **PA grave** : cholécystectomie à distance à 6 – 8 semaines - CPRE et ABT uniquement si angiocholite aiguë associée
	Lithiase de la VBP		= Migration lithiasique sans infection/pancréatite, ± ictère si obstruction prolongée - Douleur de colique hépatique sans fièvre/syndrome inflammatoire - Dg = ↗↗ **transaminases**, amélioration rapide (**diminution d'au moins 50% en <48h**) - **Echographie** (1°intention) : calculs vésiculaires, pas de dilatation des voies biliaires en général : examen peu sensible - En **2e intention** : discuter **bili-IRM / EE** (plus sensibles pour les calculs du cholédoque) *NB : TDM moins sensible que l'IRM/EE pour les calculs du cholédoque* - **Désobstruction** si obstruction prolongée : . Cholécystectomie avec désobstruction per-opératoire . Sphinctérotomie endoscopique biliaire puis cholécystectomie < 72 h
	Autres complications		- **Iléus biliaire** : occlusion du grêle par migration d'un calcul biliaire enclavé dans la valvule de Bauhin (par fistule cholédoco-duodénale)